FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard GOSSELIN

Né le 8 mars 1931, à Cholon (Cochinchine)

677

Présentée et soutenue publiquement le 19

De la cellulite pelvienne dans les suites fébriles de césariennes pratiquées à la maternité Pinard durant les années 1962, 1963 et 1964

Président : M. LEPAGE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard GOSSELIN

Né le 8 mars 1931, à Cholon (Cochinchine)

Présentée et soutenue publiquement le 196

De la cellulite pelvienne dans les suites fébriles de césariennes pratiquées à la maternité Pinard durant les années 1962, 1963 et 1964

Président : M. LEPAGE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart-d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Gaston CORDIER,

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; *- Cochin :* Leger (L.) ; *- Hôtel-Dieu :* Patel (J.) ; *- Pitié :* Cordier (G.) ; *- Saint-Antoine :* Gosset (J.) ; *- Salpêtrière :* Sicard (A.) ; *- Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Cliniques :	
— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.) ; - *Cochin :* Brouet (G.) ; - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) ; - *Lariboisière :* Sèze (S. de) ; - *Pitié :* Dreyfus (G.) ; - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . .	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.) ; - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) . .	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . .	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . .	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique . .	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . .	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . .	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . .	Kreis (B.)
Médecine :	Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Lambling (A.) ; Lhermitte (F.) ; Pequignot (H.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.) ; Couinaud (C.) ; Gillot (C.) ; Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.) ; Chomette (G.) ; Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.) ; Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.) ; *pr. s. ch.* ; Christol (D.) ; Daguet (G.) ; Le Minor (L.) ; Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.) ; Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.) ; Dreyfus (J.-Cl.) ; Gonnard (P.) ; Jérome (H.) ; Kruh (J.) ; Legrand (J.-Cl.) ; Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.) ; Boivin (P.) ; Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.) ; Denoix (P.) ; Mathé (G.) ; Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.) ; Duperrat (B.) ; Hewitt (J.) ; Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.) ; Bilski-Pasquier (G.) ; Dausset (J.) ; Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.* ; Da Lage ; Marois (M.) ; Racadot (J.) ; Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.) ; Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.) ; Corre-Hurst (Mme L.) ; Roussel (A.) ; Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.) ; Lissac (J.) ; Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.) ; Crosnier (J.) ; Richet (G.) ; Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.) ; Fournier (E.) ; Gueniot (M.) ; Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.) ; Cathala (H.) ; Escourolle (R.) ; Gautier (J.-Cl.) ; Lapresle (J.) ; Lereboullet (J.) ; Pichot (P.) ; Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.) ; Hervet (E.) ; Le Lorier (G.) ; Lévy (J.) ; Lewin (D.) ; Musset (R.) ; Robey (M.) ; Seneze (J.) ; Sureau (C.) ; Tchobroutsky (Mme C.) ; Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.) ; Fontaine (M.) ; MM. Brégeat (P.) ; Dubois (A.) ; Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.) ; Maurer (P.) ; Meary (R.) ; Postel (M.) ; Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.) ; Pialoux (P.) ; Sergent (H.).

Parasitologie : MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.)

Pathologie expérimentale : MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Henneguet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. Alagille (D.); Alison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);

Pharmacologie : MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie : MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.);

Physique médicale : MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Radiologie médicale : MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).

Rhumatologie : M. Massias (P.).

Stomatologie : MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.); Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.); Fleury (R.); Grellet (M.).

Thérapeutique : MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).

Urologie : MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).

Clinique chirurgicale : M. Verne (J.-M.).

Clin. médic. : MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).

Clinique obstétricale : MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).

Clinique ophtalmologique : M. Desvignes (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. Laplane (R.).

Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).

Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)

Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).

Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME, dont l'aide me fut précieuse

avec l'expression de mon affection.

A MES ENFANTS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

et A MA MERE

que je remercie pour tous les sacrifices

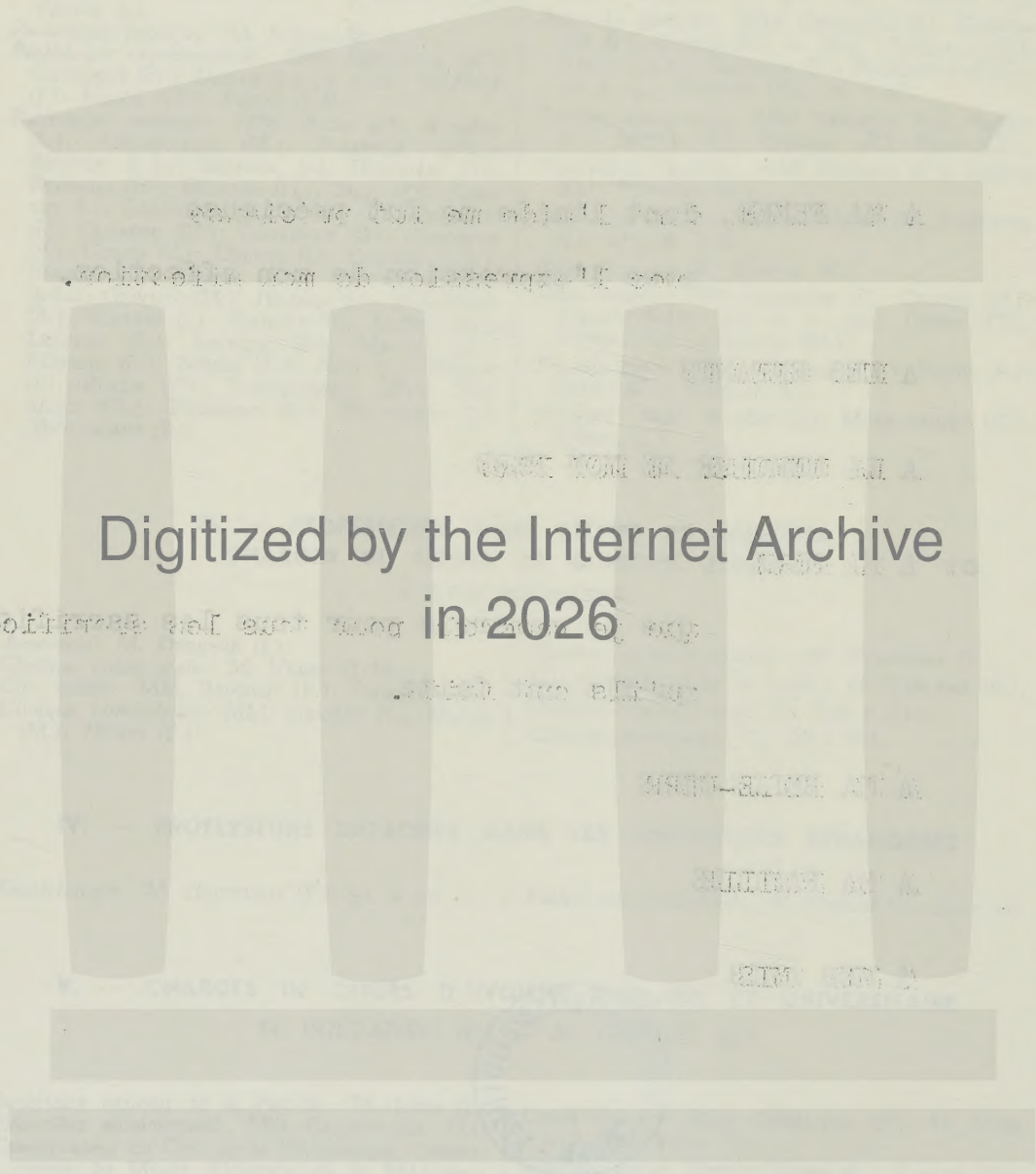
qu'ils ont faits.

A MA BELLE-MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0006

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPAGE

Professeur de la Chaire de Physiologie

et Pathologie Obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur
de me confier ce travail et
d'accepter la présidence de cette
thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de
ma respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Professeur de la Chaire de Physiologie

et Pathologie Chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur

de me confier ce travail et

d'accepter la présidence de cette

thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de

ma reconnaissance reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE C. SUREAU

Avec mes remerciements pour toute l'aide qu'il m'a apportée

Qu'il trouve ici l'assurance de ma profonde gratitude.

D E F I N I T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Le terme de "CELLULITE PELVIENNE" a été diversement défini et souvent controversé.

Sous cette dénomination ont été discutés divers syndrômes très différents les uns des autres.

Entre autres, le terme de "Cellulite Pelvienne" a été utilisé pour les lésions oedémato-fibreuses du tissu cellulaire du petit bassin chez la femme, lésions essentiellement chroniques.

En fait :
le terme de "cellulite" se définit par :

"inflammation du tissu cellulaire se manifestant par des névralgies et par des indurations plus ou moins limitées et douloureuses à l'examen".

Or l'inflammation est "l'ensemble de phénomènes réactionnels se produisant au point irrité par un agent pathogène" (G.H. ROGER).

Histologiquement l'inflammation suppose une infiltration oedémateuse mais aussi une diapédèse leucocytaire.

Ce n'est pas toujours le cas dans la réaction cellulitique qui peut ne se traduire que par une réaction de congestion active ou "fluxion" du tissu cellulaire pelvien avec point d'irritation siègeant au niveau du tractus génital. Cette réaction oedé-

mateuse, fluxionnaire, ne conduirait pas toujours à l'inflammation avec diapédèse leucocytaire ou à la collection purulente.

On peut définir d'une manière générale la "Cellulite Pelvienne" comme : "une réaction du tissu cellulaire pelvien, de type inflammatoire, se traduisant par une infiltration oedémateuse, avec engorgement lymphatique plus ou moins net, pouvant se résorber, s'infecter et conduire à la collection suppurée ou évoluer vers la fibrose et la rétraction scléreuse, si aucun traitement approprié n'intervient, et dont la cause déclenchante serait le plus souvent mais pas nécessairement une infection locale".

LA CELLULITE AIGUE OU SUBAIGUE est une réaction inflammatoire du tissu cellulaire pelvien, d'origine infectieuse essentiellement, survenant dans les suites de couches ou au décours d'interventions pelviennes, favorisée par le traumatisme obstétrical ou chirurgical.

H I S T O R I Q U E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

En France, la Cellulite Pelvienne est connue cliniquement dès I850, mais l'accord n'est pas fait sur l'origine et le rôle du tissu conjonctif.

En 1850, GENDRIN-VALLEIX étudient les inflammations péri-utérines et localisent les collections séreuses ou purulentes qui se développent au voisinage de l'utérus, de l'isthme, et entre les deux feuillets du Ligament Large.

Mais, BERMUTZ et GOUPIL (1852) refusent tout espèce de rôle au tissu cellulaire et y voient surtout une inflammation du péritoine.

Au contraire, ARAN, dans son traité sur les "Maladies de l'Utérus", en 1852, accorde une place prépondérante au tissu cellulaire pelvien.

P. DELBET, en 1891, traite des "Suppurations Pelviennes chez la femme".

En 1906, COUDERT, dans la Revue d'Obstétrique, décrit l'Oedème Inflammatoire du tissu cellulaire péri-cervical dans les suites de couches pathologiques.

Mais l'accord n'est pas fait entre tous ces auteurs, ni sur la place nosologique de la Cellulite Pelvienne, ni sur sa

physio-pathologie et son anatomo-pathologie.

En 1933, Maurice MAYER décrit dans la Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, "les Infections Cellulaires Péri-Utérines des Suites de Couches".

D'après lui, la Cellulite Pelvienne n'est qu'une étape dans les lésions inflammatoires et infectieuses des suites de couches pathologiques et que sont : les phlegmons du Ligament Large, de la Gaine Hypogastrique, la Pelvipéritonite, les Annexites.

Puis vient l'époque des antibiotiques qui vont modifier la pathologie des suites de couches et faire disparaître en partie les suppurations pelviennes.

En 1946, CHAPUIS dans sa thèse inspirée par MAYER et PORTES fait le premier bilan du traitement des phlegmons du Ligament Large par la Pénicilline.

En 1949, A. BONNET, G. KORSEL et THIVOLLE peuvent faire une étude comparative entre l'infection puerpérale avant et après l'introduction des antibiotiques; et montrent la disparition presque totale des formes de suppurations pelviennes.

En 1950, PORTES, MAYER et LEMERRE rapportent les résultats d'une série de 304 cas de Césariennes traitées par la Pénicilline.

En 1951, G. ROUHIER traite de l'évolution depuis 20 ans

des salpingo-ovarites et des suppurations pelviennes.

A partir de 1954, plusieurs communications s'attachent au traitement des infections gynécologiques aiguës ou subaiguës par les Corticoïdes.

En 1954, BENNOUN : "Hydrocortisone dans les Infections Gynécologiques".

En 1955, BRET et LEGROS : "La Cortisone dans les infections mammaires et pelviennes aiguës et subaiguës".

En 1957, HURTIG étudie l'utilisation de la Cortisone et des antibiotiques spécifiques dans les infections du Pelvis.

Citons les communications de :

ROYE, ANSELMINO, GUNTNER, HUTER, PETERS, VLYNIDES, et plus récemment celles de HOUEL et SCHEBAT à Alger (1959-60).

E T I O P A T H O G E N I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les facteurs essentiels de l'apparition de la Cellulite Pelvienne Aiguë ou Subaiguë semblent être surtout :

I - L'Infection

II - Les Troubles circulatoires

III - Les Epanchements Péritonéaux

auxquels viennent s'ajouter une cause favorisante :

IV - Le Traumatisme Chirurgical

L'INFECTION

Son rôle dans la Cellulite Pelvienne est indéniable.
On la retrouve toujours dans les Cellulites aigues et subaigües.

Il est à noter que l'inflammation du tissu cellulaire pelvien, inflammation réactionnelle à une infection localisée n'aboutit pas toujours, surtout depuis l'emploi des antibiotiques, mais même avant ceux-ci, à la collection purulente.

L'infection siège dans le tractus génital. Le tissu cellulaire réactionnel est dépourvu de germes et de diapédèse leucocytaire le plus souvent.

Les germes retrouvés au niveau du foyer infectieux sont habituellement ceux des voies génitales.

Classiquement, on incrimine le Streptocoque qui a une affinité particulière pour le tissu cellulaire et qui gagnerait les espaces conjonctifs par deux voies principales : voie lymphatique surtout et voie veineuse.
En fait le colibacille serait le plus souvent en cause.
La détermination exacte des germes de l'infection est difficile vu leur multiplicité.

LES TROUBLES CIRCULATOIRES

C'est surtout la stase pelvienne favorisée par la grossesse qui serait à incriminer.
Dans les réactions cellulitiques aiguës, la stase entrainerait une péri-lymphangite, puis une extravasation oedémateuse avec ou sans diapédèse le plus souvent.
Dans le primum movens de cette stase, faut-il donner la première place au trouble hémodynamique, aux phénomènes réflexes vasomoteurs, ou comme le prétend HARTEMBERG, aux toxines irritantes circulantes ?
Il est actuellement difficile de répondre.
Ce qui est certain, c'est qu'il y a entre la fin de la grossesse et la période suivant l'accouchement une modification importante de la circulation et de l'hémodynamique.

LES EPANCHEMENTS PERITONEAUX

L'irritation péritonéale provoque une réaction du tissu

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE - PATHOLOGIE

-:-

I - ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

de la localisation de la Cellulite Pelvienne.

L'injection de substances coagulantes dans diverses zônes pelviennes a permis aux anatomistes de dresser la topographie de "lacs" ou de "loges" du tissu cellulaire pelvien. Loges communiquant les unes avec les autres par des biefs obstrués en cas d'inflammation et dans lesquelles se localisent les infiltrats comme les infections.

Nous décrirons sommairement ces espaces sous-séreux, contenant au sein d'une substance interstitielle fondamentale et renfermant du collagène, un tissu de soutien fait de fibres conjonctives et cellules conjonctives et de quelques cellules adipeuses. Au travers des mailles de ces différents éléments conjonctifs, s'intrique un réseau important et complexe de vaisseaux, de lymphatiques, de filets ou plexus nerveux.

Ces espaces sous-séreux entourant les organes du pelvis et reposant sur le muscle releveur de l'anus, sont décrits sous le nom " d'espace pelvi sous péritonéal " (GREGOIRE).

Les organes pelviens occupent la partie médiane de cet espace. Latéralement, entre les viscères médians et la paroi pelvienne, l'espace pelvi sous péritonéal est occupé par un tissu cellulaire

surtout abondant en arrière, et qui constitue de chaque côté des viscères une région traversée par les vaisseaux à destination viscérale, et croisé obliquement par l'uretère.

Des ligaments marquent la limite entre les différents compartiments. L'espace pelvi sous péritonéal est ainsi cloisonné par deux formations sagittales : les lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes qui enserrent et fixent les viscères qu'elles séparent des compartiments vasculaires latéraux.

Des formations transversales créent trois cloisonnements frontaux du compartiment viscéral : l'un, intergénito-rectal, l'autre, intervésico-génital, résultant de l'accolement des culs de sac péritonéaux, le troisième, pré-vésical, résultant de la fusion de deux lames vasculaires des Ombilicales.

Sont ainsi formées d'avant en arrière : 3 loges : vésicale, génitale (particulièrement autour du col utérin), rectale, contenant du tissu cellulaire plus ou moins abondant et entourant chaque viscère.

Dans le compartiment vasculaire de l'espace pelvi sous péritonéal des formations transversales, condensations du tissu cellulaire sous-péritonéal, rassemblées autour des branches viscérales de l'artère hypogastrique, et soulevées par elles lors de l'abord des viscères auxquels elles sont destinées, forment une tente : tente de l'hémorroïdale moyenne, tente de l'artère utérine, tente de l'artère ombilicale, tronc des vésicales.

Au dessus de l'espace pelvi sous péritonéal, s'étendent transversalement dans le prolongement des bords latéraux de l'utérus, les ligaments larges. Ils peuvent être considérés comme une partie très importante, chirurgicale par excellence, de l'espace pelvi sous péritonéal chez la femme.

Triangulaire à la coupe avec base inférieure, le ligament large présente deux portions très distinctes l'une de l'autre, différentes par leur structure, leur rapport et leur pathologie.

Un segment inféro-interne ou base du ligament large ou paramètre, où sont inclus de nombreux organes : vaisseaux et nerfs de l'utérus, reliquats embryonnaires, rendez-vous de véritables ligaments de l'utérus, et dont la base est croisée par l'uretère. Large, formé d'un tissu cellulaire abondant, c'est la zône par excellence de la pathologie de l'utérus, lieu d'élection des paramétrites, des infiltrats inflammatoires de la Cellulite Pelvienne Latérale, des infiltrats néoplasiques.

La tente de l'artère utérine sépare cette région latéro-utérine en deux étages qui ont une importance en clinique.

Un segment supéro-externe ou zône des ailerons.

Cette portion forme les trois ailerons ou mésos.

Un aileron antérieur ou méso du Ligament rond, un aileron supérieur ou méso-salpynx, un aileron postérieur ou mésovarium.

Cette portion du ligament large est mince.

Entre les deux feuillets péritonéaux des mésos n'existent qu'un peu de tissu cellulaire et les vaisseaux et nerfs des différents or-

ganes annexiels. Elle est surtout le siège des annexites, des péri-salpingites, des péri-ovarites.
Tous ces espaces celluleux sont riches en lymphatiques.
Ces différentes zônes sont reliées par l'intermédiaire des gaines viscérales aux autres zônes celluleuses. C'est ainsi qu'il existe des prolongements vaginaux, rectaux, vésicaux, fessiers, lombaires, crural antérieur, crural externe, périnéal, par où peuvent fuser les collections purulentes des infections celluleuses du pelvis.

II - ANATOMIE PHYSIOPATHOLOGIE

Si depuis quelques années, beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la pathologie du tissu conjonctif, la Cellulite Pelvienne pure n'a pas jusqu'à ce jour, à notre connaissance, de description de lésions histologiques.
On ne peut que se baser sur des hypothèses.
Il est fort probable que les cellulites de type aigu, telles celles dont nous voulons faire l'étude dans cette thèse, aient pour substratum anatomique : une réaction lymphatique entraînant une stase, elle-même génératrice d'oedème. Cette transudation plasmatique pouvant se faire avec ou sans diapédèse.
L'évolution se faisant suivant le cas, soit vers une réaction de fibrose, soit vers la suppuration.

L'anatomie pathologic décrit classiquement deux sortes de Cellulites Pelviennes.

- Les formes de Cellulites Pelviennes diffuses ou phlegmons diffus des anciens auteurs et qui ne se rencontrent plus. Elles étaient dues à une infection particulièrement aiguë.
- Les formes de Cellulites localisées.

En fait les Cellulites Pelviennes étaient considérées comme la première phase de début des phlegmons, leurs localisations sont celles des phlegmons, qui avant l'ère des antibiotiques aboutissaient le plus souvent à la collection suppurée sous-péritonéale. On décrit pour ces phlegmons surtout deux localisations, toutes deux latérales.

a) - Le phlegmon de la gaine hypogastrique de DELBET qui était fréquent (4/5 des cas), bilatéral, et se constituait dans la zone utérine de la gaine, limitée en avant par la vessie, en arrière par le rectum, en bas par le releveur de l'anus, en haut la partie supérieure du ligament large, en dedans l'utérus, en dehors la paroi pelvienne.

b) - Le phlegmon du ligament large proprement dit, plus rare et unilatéral, et qui évolue en plusieurs phases.

I) une courte période congestive inflammatoire, diffuse ou localisée correspondant à la Cellulite Pelvienne pour MAYER.

II) une phase de suppuration avec apparition de pus franc dans la partie centrale, formation d'une coque périphérique inflammatoire. L'abcès formé entrainant des lésions d'arté-

rites, de phlébites, de lymphangites tronculaires, voir des hémorragies.

III) une phase de migration variable selon les localisations. Dans la variété haute, la migration se faisait par les gaines des vaisseaux utérins vers la région lombaire, vers la paroi antérieure, l'épine iliaque antéro-supérieure, venant faire saillie au dessus de l'arcade de Fallope.
Dans la variété basse, la propagation se faisait en suivant les branches collatérales de l'hypogastrique et donnait une multitude de prolongements : vaginaux, vésicaux, fessiers, vers le Triangle de Scarpa, vers le trou obturateur, le périné.
Ces fusées restaient sous péritonéales et suivant leur direction nécessitaient une évacuation chirurgicale et un drainage différent.

IV) puis les fusées purulentes se fistulisaient.

V) une période de réparation suivait, longue et source de séquelles douloureuses.
Le passage à la chronicité paraissait rare.
De nos jours, la régression après la phase de congestion est la règle, surtout après traitement approprié.
Elle se traduit par une diminution et une disparition de l'oedème, des leucocytes, et une diminution progressive de la vaso-dilatation.
Cette régression peut toutefois, même sous antibiotiques, être lente, ou se faire avec une réaction fibreuse qui risque de donner des séquelles douloureuses.

TRILLAT a décrit une forme anatomique plus particulière : le phlegmon pelvi pariétal (adéno-phlegmon) qui peut évoluer seul ou parallèlement aux deux autres formes. Il en existerait trois variétés :

- une variété centrale, siègeant au niveau des ganglions de Levoeuf et Godart
- une variété haute, de la chaine iliaque externe,
- une variété postérieure, des ganglions hypogastriques.

En fait, la Cellulite Pelvienne peut siéger là où existe du tissu cellulaire dans l'espace pelvi sous péritonéal, mais aussi autour des viscères, particulièrement dans le tissu pré ou rétro-utérin. Les localisations les plus fréquentes sont latérales, surtout du paramètre, si riche en tissu cellulaire et en vaisseaux sanguins et lymphatiques, ou dans le Ligament Large proprement dit, et d'une manière plus circonscrite dans le tissu cellulaire péri-salpingien, péri-ovarien. De même, le tissu cellulaire sous pariétal peut être aussi atteint.

ETUDE DES CAS DE CELLULITE PELVIENNE AIGUE APRES CESARIENNES

Notre étude porte sur les Cellulites Pelviennes Aiguës et Subaiguës survenues au décours d'opérations césariennes pratiquées dans le Service de Monsieur le Professeur LEPAGE, à la Maternité Pinard, au cours des années 1962, 63 et 64.

Nous y avons ajouté deux observations (N° 1 et N° 4) que Monsieur le Professeur Agrégé SUREAU, a eu l'amabilité de nous communiquer.

Ont été pratiquées, à la Maternité Pinard, durant ces trois dernières années : 341 césériennes.

Nous avons relevé parmi ces 341 césariennes, 59 cas de suites fébriles, ayant motivé une prolongation de séjour.

Soit 17,3 % des cas.

Sur ces 59 cas de Césariennes compliquées de suites fébriles nous avons relevé :

- Cellulites Pelviennes : 12 cas
- Infections Urinaires : 12 cas
- Infections Endo-utérines : 10 cas
- Phlébites : 5 cas
- Infections de Sein (Lymphangites) : 3 cas
- Infections Pulmonaires : 3 cas

- Causes diverses : hématome de paroi, abcès, toxémie, syndrôme hémorragique : 6 cas

Reste huit cas pour lesquels le diagnostic étiologique exact de l'infection n'a pu être précisé. Parmi ces 8 cas, 2 cas de Cellulites Pelviennes probables, mais que nous n'avons pu retenir faute d'observation complète.

On voit donc que les cas de Cellulites Pelviennes diagnostiquées représentent près de 4 % des cas de Césariennes, (et sans doute plus, si l'attention avait été attirée plus particulièrement sur cette pathologie dès la première année), et plus de 20 % des cas de suites fébriles de Césariennes, au même rang que les infections urinaires.

Ceci représente donc un nombre non négligeable de cas.

L'intérêt du diagnostic de ces Cellulites tient à deux points :

- d'une part, abandonnées à elles-mêmes, elles risquent d'évoluer vers le phlegmon ou vers la Cellulite Chronique et son cortège de troubles divers;

- d'autre part, traitées, elles rétrocèdent rapidement et le traitement prévient les séquelles douloureuses pelviennes.

OBSERVATION N° 1 ANNEE 1962

Mme AKPOF... Anne (Observation communiquée par Monsieur le Pr. Agrégé C. SUREAU)

Le 25.2.62. Césarienne au 8ème mois de grossesse, chez une secondipare de 32 ans pour non dilatation et Césarienne antérieure (pour placenta praevia à 7 mois ½) Membranes rompues depuis 2 h.

Hystérotomie segmentaire transversale; difficultés opératoires du fait d'adhérences, le segment inférieur est épais il existe une zône hémorragique sur la muqueuse au niveau de l'ancienne cicatrice.

Extraction d'un garçon de 3.230 g.

Les annexes sont saines.

ANTECEDENTS

- H.T.A. connue depuis l'âge de 20 ans et variant aux environs de 20 - 25 M.

- Première gestation en 1959 : Césarienne en Mai 1959 à 7 mois ½ pour placenta praevia : fille de 2.500 g.

- Deuxième gestation suivie en ville : T.A. maintenue au dessous de 20 grâce aux diurétiques et au régime désodé.

SUITES OPERATOIRES

- Normales jusqu'au 5ème jour.

- A partir du 5ème jour (1.3.62) : la température oscille entre 37°5 et 39°.

La malade est mise au traitement par la Pénicilline : 5 millions d'Unités par jour, sans résultat.

Les urines sont normales.

L'hémoculture est négative.

Il existe une hyperleucocytose à 23.000 G.B.

Le 6.3.62 on ajoute au traitement de la Colimycine (1 million par jour) qui entraîne une apyrexie, mais :

Le 9.3.62 nouvelle montée fébrile.

- Apparition d'une masse latéro-utérine du Ligament Large, bilatérale, indurée, douloureuse.

La malade est alors admise dans le Service avec le traitement suivant :

- 2 g de Tifomycine par jour
- 1 g 50 de Cathomycine par jour
- 30 mg de Cortancyl par jour
- puis Propidon : 1cc le 10, 2cc le 12 et le 14.3.62.

Le 12.3.62 (3 jours plus tard)

Sous l'effet du traitement :

- la température se stabilise à 37°.
- la leucocytose est moins élevée (16.600 G.B. avec 75 % de P.N.),
- le culot urinaire est normal.

Le 15.3.62 (6 jours après)

- l'état général est satisfaisant.

- les masses annexielles ont diminué.
- la leucocytose est inchangé.
- on diminue progressivement le Cortancyl de 5 mg par jour à partir du 13.3.62, mais on maintient les antibiotiques (Tifomycine 2g par jour et Cathomycine 1g50 par jour).

Le 20.3.62

- Apyrexie stable.
- Utérus bien involué, col fermé.
- Il persiste une légère tuméfaction bilatérale très modérée, mobile et indolore.
- La N.F. est normale.

Le 31.3.62

Les masses annexielles ont totalement disparu. On arrête tout traitement. Ce dernier aura consisté en :

- 10 jours de Cortancyl à dose dégressive, et ayant débuté avec 30 mg les 2 premiers jours.
- 10 jours d'antibiotiques : Tifomycine 2g par jour et Cathomycine 1g50 par jour.
- 3 injections de Propidon de : 1cc, 2cc et 2cc à 48 heures d'intervalle.

3 années plus tard :

- l'état local est toujours satisfaisant.
- il n'y a aucune séquelle.

Les antibiotiques sont poursuivis.

La malade est mise sous Propidon : 1/4 de cc, suivi d'1/2 cc le 22, 1 cc le 23, 2 cc le 25, et 4 cc le 27.

- la N.F. du 19.4 : 2.880.000 G.R., 16.800 G.B. dont 80 % de P.N. La situation se modifie peu jusqu'au 27, si ce n'est la température qui diminue un peu, mais reste aux alentours de 37°6.

Le 27.4.62

La température est normale. Il n'y a plus de douleur, l'empâtement a diminué surtout à gauche.

Le 28.4.62

La leucocytose reste élevée : 11.800 G.B. avec 71 % de P.N.

On ajoute au traitement du Cortancyl à raison de 20 mg par jour jusqu'au 1er Mai, puis 15 mg les 2 et 3, 10 mg les 4 et 5, 5 mg les 3 derniers jours.

Le 2.5.62

La malade se plaint de dysurie.

- la température est normale.
- au T.V. : persiste en avant et sur les côtés de l'utérus un empâtement ligneux mais très diminué par rapport au dernier examen.
- il existe une douleur aux points urétéraux inférieurs.
- le culot urinaire pratiqué est normal.
- La N.F. se normalise : G.R. : 3.400.000, G.B. : 8.600 avec 6 2 % de P.N.

Le 4.5.62

- le culot urinaire montre quelques polynucléaires, de rares hématies : la culture met en évidence des bacilles coliformes. On ajoute au traitement de la Furradoïne.

Le 8.5.62

- à l'examen, le cul de sac droit est encore sensible mais souple.
- la mobilisation utérine est facile et indolore.
- le culot urinaire est normal; les cultures sont stériles. On décide l'arrêt du traitement.
- la malade sort le 14.5.62 apyrétique, sans douleur et avec examen gynécologique normal.

EN CONCLUSION :

Suites opératoires compliquées par une infection cellulitique pelvienne avec empâtement inflammatoire péri-utérin qui a cédé au Propidon et à la Cortisone adjoints aux antibiotiques, avec par ailleurs une infection urinaire surajoutée.

Le traitement antibiotique pratiqué dès le premier jour comprenait : de la Pénicilline : 2 millions d'U. et de la Streptomycine 1g.

L'adjonction de Propidon, à raison de 5 injections pendant 7 jours n'a pas eu d'action importante sur les masses péri-utérines.

L'institution d'une corticothérapie avec 20 mg de Cortancyl poursuivi à cette dose pendant 4 jours à partir du 28.4.62,

puis à dose dégressive pendant 8 jours a permis la disparition des signes locaux.

Mme BENS... est revue en gynécologie 3 mois plus tard avec un examen strictement normal.

OBSERVATION N° 3 N° de dossier : 62 - 1653

Mmr TORR... Martina-Luisa

Le 24.9.62 : Césarienne chez une primipare, 2ème geste, de 34 ans, à la 38ème semaine, pour non engagement de la présentation après 3 heures de dilatation complète, chevauchement des os du crâne et bosse séro-sanguine croissante, parties molles résistantes (disproportion foeto-pelvienne).

- 8h.45 après le début du travail et la rupture des membranes, Césarienne segmentaire transversale : extraction d'une fille de 3.300 g, criant aussitôt. Annexes saines.

ANTECEDENTS

- F.C. de 2 mois en 1961 : curetage.
- au cours de la grossesse : le 4.9.62 : hémorragies ayant nécessité une hospitalisation jusqu'au 8.9.62. Traitée par Spasmalgine.

SUITES OPERATOIRES

Au 3ème jour, la température oscille entre 37°4 et 38°8 malgré les antibiotiques : Pénicilline : 3 millions d'U., Streptomycine : 1g.

Le 30.9.62

La malade est mise à la Propriocine : 3g. par jour.

Le 1.10.62

- à l'examen, on découvre un empâtement douloureux du paramètre gauche.

- la N.F. montre 2.500.000 G.R. et 11.500 G.B. avec 70 % de P.N.
- le culot urinaire est normal.

La malade reçoit le 1er Octobre 3/4 de cc de Propidon, 1,5 cc le 3 et 3 cc le 5.10.62.

Le 3.10.62

- la température est encore oscillante mais a tendance à baisser.
- la paroi est de bonne qualité.
- l'utérus est bien involué, le col presque fermé.
- l'empâtement de la base du paramètre gauche a pratiquement disparu.

La malade quitte le Service le 9.10.62 apyrétique.

Ce n'est qu'au 8ème jour après le début du traitement par la vaccinothérapie que les différents signes ont disparu. Il n'a pas été fait de corticothérapie.
Mme TOR... a présenté un mois plus tard des leucorrhées abondantes traitées dans le Service. A l'examen l'utérus était normal, les paramètres souples.

OBSERVATION N° 4 ANNEE 1963

Mme ELB... Marie-Louise (Observation communiquée par Monsieur le Pr. Agrégé C. SUREAU)

Le 17.4.63 : Césarienne itérative chez une 2ème pare de 32 ans, à terme, après courte épreuve du travail, antérieurement césarisée pour bassin dystocique; défaut de dilatation, défaut d'engagement 4 heures après le début du travail et la rupture de la poche des eaux.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Pas de cicatrice, ni d'adhérence.

Extraction d'une fille de 3.700 g.

ANTECEDENTS

- En 1960 : 1ère grossesse normale, Césarienne avec terme dépassé de 10 jours, prise de poids de 10 kgs, bassin dystocique.
Extraction d'un garçon de 2.930 g.
Suites opératoires strictement normales.
- A présenté au cours de la dernière grossesse une vaginite à Trichonomonas vers le 7ème mois.

SUITES OPERATOIRES

- Fièvre dès le 3ème jour, malgré : Pénicilline : 1 M. et Streptomycine : 1 g. dès le 1er jour.
Au 6ème jour : induration péri-utérine sous antibiothérapie.
Institution dès le 6ème jour :

- d'une antibiothérapie par la Cathomycine : 2 mg par jour

- adjonction au 8ème jour de Cortancyl : 30 mg par jour.

- Disparition rapide des signes généraux et des signes fonctionnels.

Traitement poursuivi pendant 14 jours avec la Cathomycine : 1g50 par jour et le Cortancyl à dose dégressive.

Mme ELB... est revue fin 1964 pour grossesse débutante. L'accouchement est prévu pour Juillet 1965.

OBSERVATION N° 5 N° de dossier : 63 - 140-141

Mme AUT... Michèle

Le 20.1.63 : Césarienne chez une primipare de 24 ans, gémellaire au terme de 38 semaines, pour non engagement de la 1ère présentation (O.I.D.P.). 11h.50 après début du travail et rupture des membranes.

Extraction de 2 enfants : le 1er garçon de 3.220 g, le second, fille de 2.440 g. Délivrance manuelle immédiate.

On découvre au cours de la Césarienne : un varicocèle du pédicule lombo-ovarien droit.

ANTECEDENTS

- Crises de R.A.A.
- Amygdalectomie
- La grossesse suivie en ville a été normale.

SUITES OPERATOIRES

La malade est fébrile avec température à 38° le 1er jour, malgré les antibiotiques : Pénicilline : 2 M., Colimycine : 3 M. par jour.

Le 24.1.63

La malade fait un clocher fébrile à 39°8, mais ne souffre pas. L'examen ne montre rien d'anormal dans le petit bassin.
Il existe une anémie à 2.950.000 G.R. et une hyperleucocytose à 17.400 G.B., dont 83 % de P.N.

Le 26.1.63 (6ème jour)

La température reste à 38°.

A l'examen, l'utérus est un peu gros mais non douloureux, les culs de sac sont souples.

On arrête les antibiotiques.

Dès le 26 au soir : clocher fébrile à 38°8, le 27 à 39°5.

Le 28.1.63

A l'examen, l'utérus est normal, mais il existe une masse para-ovarienne de la taille d'une grosse orange, très douloureuse, et à gauche, petite réaction plus discrète.

Un nouveau traitement est institué : Cathomycine : 2g par jour, Terramycine : 1g50 par jour.

Cortancyl : 30 mg.

Propidon : 1 cc.

Le Cortancyl est poursuivi à raison de 25 mg les 30 et 31 Janvier, de 20 mg les 1er, 2, 3 Février, de 15 mg le 4, 10 mg le 5 et 5 mg le 6 et 7 Février.

Le Propidon est renouvelé le 30 Janvier : 2 cc, le 1er Février : 4 cc.

Le 31.1.63

Après 3 jours de traitement, la malade ne souffre plus, la température se maintient au dessous de 37°6, au T.V., la masse péri-ovarienne droite a presque complètement disparu, le cul de sac droit est presque normal.

Le 7.2.63

Les antibiotiques ont été supprimés la veille. La température depuis 5 jours reste à 37°, 37°3. Le cul de sac droit est libre non douloureux. La N.F. montre un taux de 3.370.000 G.R. et de 10.000 G.B. dont 59 % de P.N.

La malade sort le 8.2.63 après 10 jours de traitement cortisonique, ne souffrant plus, apyrétique et avec disparition complète de la masse cellulitique.

Mme AUT... est revue 4 semaines plus tard, l'examen gynécologique est strictement normal.

En Mai 1963, débute une nouvelle grossesse, d'évolution normale se terminant en Janvier 1964 par un accouchement par les voies naturelles avec application de forceps.

Les suites de couches sont strictement normales.

OBSERVATION N° 6 N° de dossier : 63 - 457-458

Mme BOU... Amélie

Le 12.3.63 : Césarienne chez une primipare de 26 ans, au terme de 38 semaines, gémellaire , pour dystocie dynamique, stagnation de la dilatation à 4, 5 cm après 2 heures de perfusion de post-hypophyse et souffrance foetale (modification des bruits du coeur) 14h.15 après début du travail et 19h.15 après rupture de la poche des eaux.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un 1er garçon de 2.840 g (O.I.D.P.) criant aussitôt, bien formé, et d'un 2ème garçon de 1.920 g en présentation du siège avec oeuf hydramniotique et présentant une omphalocèle (avec cordon jaune ne possédant qu'une seule artère ombilicale), associée à d'autres malformations (C.I.V., atrésie du duodénum ...), criant aussitôt.

Délivrance manuelle immédiate.

Annexes normales.

ANTECEDENTS

- Typhoïde à l'âge de 8 ans.
- Rhumatisme articulaire en 1959.
- Appendicectomie en 1960.
- Cure de hernie ombilicale en 1961.
- Au début de la grossesse : hospitalisation de 15 jours à St Antoine pour vomissements.

SUITES OPERATOIRES

A partir du 4ème jour, la température s'élève et oscille entre 38° le matin et 39° le soir, malgré l'antibiothérapie instituée dès les premiers jours et comprenant : Pénicilline : 3 M., Colimycine : 3 M.

La malade se plaint de quelques douleurs pelviennes antérieures.

Une N.F. est pratiquée le 16.3.63 et montre une hyperleucocytose à 15.600 G.B. avec 82 % de P.N., les G.R. sont à 3.010.000.

Le 19.3.63

Persistance de la température oscillante aux environs de 38°.

Léger saignement.

Au T.V. : cul de sac un peu douloureux mais sans masse, par contre le Dr. SUREAU perçoit en avant de l'utérus une petite masse douloureuse de cellulite antérieure.

Un nouveau traitement est institué avec :

- Terramycine : 1g50
- Cathomycine : 2g
- Cortancyl : 30 mg les 19, 20, 21, 22.3.63
  25 mg les 23, 24
  puis 20, 15, 10 et 5 mg les derniers jours.
- Propidon : 1 cc le 21, 2 cc le 25.

Le 23.3.63 (5 jours après le début de la corticothérapie)

La malade est apyrétique.

Les signes cliniques ont complètement disparu.

Le traitement a été poursuivi 9 jours.

Mme BOU... n'a pas été revue ultérieurement.

OBSERVATION N° 7 N° de dossier : 63 - 991

Mme FER... Rosario

Le 29.5.63 : Césarienne chez une primipare de 25 ans en tout début de travail pour liquide devenu subitement teinté et modification des bruits du coeur, 14 heures après rupture des membranes.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un garçon de 3.100 g.

Délivrance manuelle immédiate.

Annexes normales.

ANTECEDENTS

Rien de particulier à signaler.

SUITES OPERATOIRES

Les 5 premiers jours : température oscillant entre 37°4 et 38°4 malgré l'antibiothérapie : Pénicilline : 3 M., Colimycine : 3 M. Les antibiotiques sont arrêtés le 3 Juin.

Les 4 et 5 Juin

Persistance de la température le soir à 38°4, 38°5.

La N.F. du 6 Juin montre 3.080.000 G.R. et 6.400 G.B. avec 56 % de P.N.

Le culot urinaire est normal.

La vitesse de sédimentation est à 94, 121, 132.

La malade reste fébrile les jours qui suivent.

Le 9 Juin

La température remonte à 38° et le soir à 38°6.

Le 11 Juin (au 12ème jour)

A l'examen, le Dr. SUREAU note un utérus bien involué, mais une induration du cul de sac droit.

Reprise d'une antibiothérapie avec : Terramycine : 2 g et Cathomycine : 1g.50 par jour.

L'adjonction de Cortancyl est envisagée si dans 48 heures il n'y a pas d'amélioration.

Dès le 12 Juin :

chute thermique à 37°2 qui se maintient.

Au T.V. l'utérus est bien involué, l'induration du cul de sac persiste.

La malade sort le 15 Juin après 4 jours d'antibiotiques.

Elle n'a reçu ni Propidon, ni Cortancyl.

Elle n'est pas revue ultérieurement.

OBSERVATION N° 8 N° de dossier 63 - 1137

Mme BRIS... Jeanine

Le 21.6.63 : Césarienne chez une primipare de 25 ans pour disproportion foeto-pelvienne, après 6 heures d'épreuve du travail et échec, 5 heures après rupture des membranes.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un garçon de 4.070 g.

Délivrance manuelle immédiate.

Ablation au cours de l'intervention d'un petit kyste pédiculé de l'ovaire gauche.

ANTECEDENTS

Appendicectomie en 1958, à froid.

Grossesse suivie dans le Service : Obésité : 70 kg 500 pour 1m51.

Oedème des membres inférieurs, sans albumine.

Rachitisme.

SUITES OPERATOIRES

Jusqu'au 26 Juin, la température oscille entre 37°8 et 38°9, malgré les antibiotiques : Pénicilline : 3 M., Colimycine : 3 M. par jour.

Le 27 Juin : arrêt des antibiotiques

la température persiste entre 37°4, 38°2 ;

N.F. : 3.480.000 G.R., 8.600 G.B. avec 64 % de P.N. et 8 % d'éosinophiles.

Le 29 Juin : reprise d'une antibiothérapie par : Terramycine 1 g et Cathomycine : 2 g par jour, ce qui ne change pas l'aspect de la courbe de température.

Le 1er Juillet

Le diagnostic de Cellulite Pelvienne est affirmé avec des culs de sac douloureux et une petite induration de chaque côté du col.
Il est ajouté aux antibiotiques : Cortancyl : 30 mg et Propidon : 1 cc.
Dès le lendemain : la température baisse et oscille entre 36°6 et 37°5.
Le Cortancyl est poursuivi 7 jours à dose dégressive.
Le Propidon est renouvelé : 2 cc les 2 et 3 Juillet.

La malade sort le 8 Juillet apyrétique.

Mme BRI... n'est pas revue ultérieurement.

OBSERVATION N° 9 N° de dossier : 63 - 1802

Mme ZAG... Habiba

Le 3.10.63 : Césarienne itérative chez une secondipare de 31 ans au terme de 39 semaines, présentant un bassin transversalement rétréci, 2h.15 après début du travail, 15 minutes après rupture artificielle des membranes.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un garçon de 3.700 g.

Délivrance manuelle immédiate.

Il n'y a pas d'adhérences. Utérus et annexes normaux.

ANTECEDENTS

Pas d'antécédent pathologique notable.

Césarienne antérieure en 1962 pour non engagement de la présentation, sur bassin transversalement rétréci après une heure de perfusion de post-hypophyse. Extraction d'un garçon de 3.220 g.

Dans les suites opératoires : infection urinaire.

Pas d'épisode infectieux au cours de la grossesse de 1963 suivie dans le Service.

SUITES OPERATOIRES

Dès le 1er jour, la température est irrégulière entre 37°2 et 38°4.

Le 9.10.63

A l'examen, on note un utérus incomplètement involué et surtout

une masse à droite faisant corps avec l'utérus, douloureuse.

La N.F. montre 3.020.000 G.R. et 5.800 G.B. dont 82 % de P.N.

La malade est mise sous Cortancyl dès le 9. (30 mg).

Dès le 10, la température baisse et reste entre 37° et 37°6.

Le Cortancyl est continué seul à doses décroissantes pendant 6 jours.

La masse cellulitique disparait assez rapidement.

Mme ZAG... quitte le Service le 15.10.63.

Le 24.8.64

Mme ZAG... est césarisée pour la 3ème fois.

Césarienne systématique à la 36ème semaine avec ligature des trompes. Extraction d'une fille de 3.140 g.

Les suites opératoires sont marquées par un épisode fébrile dû à une infection urinaire. Il n'y a pas de cellulite.

OBSERVATION N° 10 N° de dossier : 63 - 1868

Mme COS... Marie-Claude

Le 15.10.63 : Césarienne au terme de 42 semaines chez une primipare de 18 ans, pour modification des bruits du coeur et liquide teinté (purée de pois), à dilatation de 8 cm, 7h.20 après le début du travail, 3 heures après rupture des membranes.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un garçon de 3.760 g.

Utérus et annexes normaux.

ANTECEDENTS

Otites dans l'enfance.

Grossesse suivie dans le Service : évolution normale.

SUITES OPERATOIRES

Malgré les antibiotiques : Pénicilline : 3 M., Colimycine : 3 M. présents dès le lendemain de l'intervention, la température reste aux alentours de 38°.

La N.F. du 19.10.63 montre : 2.890.000 G.R., 9.400 G.B. dont 79% de P.N.

Le culot urinaire est normal.

Le 25.10.63 (au 10ème jour)

au T.V. on perçoit à l'examen une petite masse du Ligament Large à droite.

La malade est mise sous Cortancyl : 30 mg poursuivi à doses dégressives : 25, 20, 15, 10, 5 mg les jours suivants.

Le 28.10.63

La masse est en voie de régression.

Le 30.10.63

La malade quitte le Service, apyrétique, avec un examen normal.

Mme COS... n'est pas revue ultérieurement.

OBSERVATION N° 11 N° de dossier : 64 - 212

Mme DUR... Marguerite

Le 1.2.64 : Césarienne à terme chez une primipare de 26 ans pour disproportion foeto-pelvienne, après épreuve du travail de 4 heures, 10 heures après début du travail, 5 heures après rupture des membranes (rupture artificielle, liquide clair).

Hystérotomie segmentaire transversale. Dès l'ouverture de la cavité issue de liquide purée de pois.

Extraction d'un garçon de 4.040 g.

Délivrance manuelle immédiate.

Annexes normales.

Grossesse suivie dans le Service : épisode diarrhéique sans température le 27.11.63.

SUITES OPERATOIRES

Le 6.2.64

On note une hyperthermie à grands clochers depuis 48 heures, bien que la malade soit sous : Pénicilline : 2 M. et Colimycine : 2 M.

L'utérus est en voie d'involution normale.

Les paramètres sont souples et indolores.

Les annexes ne sont pas perçues.

N.F. : 2.830.000 G.R., 11.600 G.B. dont 77 % de P.N.

Le 7.2.64

Monsieur le Pr. SUREAU constate l'existence dans le paramètre

droit d'une masse pâteuse, mal limitée, du volume d'une mandarine, et conclue en raison de la rapidité d'apparition de cette masse qui n'existait pas la veille, qu'il s'agit vraisemblablement d'une réaction cellulitique pelvienne droite.

La malade est mise sous Terramycine, à raison de 1g.50 par jour, Cortancyl : 30 mg, puis doses dégressives de 5 en 5 mg les jours suivants.

Propidon : 1 cc le 8, 2 cc le 9, 3 cc le 10, 4 cc le 11 Février.

Le 11.2.64 (4 jours après le début de la corticothérapie)

On constate une nette diminution de la masse paramétriale droite. La courbe thermique s'est normalisée et il est noté que 48 heures après le début du Cortancyl la température était tombée au-dessous de 38°.

Le traitement est poursuivi 8 jours.

Mme DUR... n'est pas revue après sa sortie.

OBSERVATION N° 12 N° de dossier : 64 - 656

Mme HER... Marguerite

Le 9.4.64 : Césarienne chez une primipare de 26 ans, à terme et présentant : une tétralogie de Fallot et des antécédents de tuberculose pulmonaire; en travail depuis 7 heures avec présentation en D.P., très mal fléchie avec Bregma au milieu de l'excavation et membranes rompues depuis plus de 15 heures; crises de cyanose rapprochées chez la mère.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un garçon de 2.340 g.

Délivrance manuelle immédiate.

Annexes normales.

ANTECEDENTS

Diagnostic de Tétralogie de Fallot porté en 1959 à la suite de dyspnée d'effort et de tendance syncopale.

Tuberculose pulmonaire découverte en 1953 après hémoptysie.

Grossesse suivie dans le Service; évolution normale. Mais sur le conseil du Cardiologue qui la suit, la parturiente est hospitalisée le 1er Avril (15 jours en principe avant le terme prévu) pour oxygénothérapie. Au cours de son hospitalisation : état général satisfaisant, pas de température.

SUITES OPERATOIRES

Etant donné les antécédents, la jeune mère doit rester hospita-

lisée un mois pour oxygénothérapie.

Le 13.4.64

L'interne note : utérus normal, paramètre souple, culs de sac libres, mais température à 39° depuis 48 heures.

Antibiotiques : Pénicilline : 1 M., Streptomycine : 1 g. par jour depuis le 11.4.64.

Le 14.4.64

Monsieur le Pr. SUREAU note : utérus normal, induration latéro-utérine droite du volume d'un pamplemousse, très dure; induration latéro-utérine gauche moins volumineuse, plus allongée.

Le diagnostic de Cellulite Pelvienne est porté, étant donné l'apparition brutale de cette induration bilatérale au 4ème jour post-opératoire.

Un traitement complémentaire est institué avec : Cortancyl : 25 mg diminué de 5 en 5 mg par jour les jours suivants.

Le 15.4.64

On note la disparition de la masse latéro-utérine droite, mais la persistance de la masse latéro-utérine gauche, de volume inchangé.

La température est normale.

Le 16.4.64

La masse latéro-utérine gauche a diminué de moitié depuis la veille.

Le 20.4.64

On trouve encore à droite et à gauche une induration, mais de

volume très diminué : de la taille d'une orange.

Le 26.4.64

Arrêt des traitements.

Le 28.4.64

A droite, le cul de sac est libre; il persiste une très minime bande d'induration.

A gauche, persiste encore une induration étalée transversalement plus importante qu'à droite. (Pr. SUREAU).

La malade sort au 20ème jour avec l'accord du Cardiologue.

OBSERVATION N° 13 N° de dossier : 64 - 766

Mme GRO... Maria

Le 27.4.64 : Césarienne chez une primipare de 33 ans, à terme, en raison de : la primarité et de l'âge de la parturiente, de la stérilité traitée pendant 5 ans, du liquide purée de pois en début de travail sur une O.I.D.P. mal fléchie, 5 heures après début du travail, 1h.30 après rupture spontanée de la poche des eaux.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un garçon de 3.370 g.

Délivrance manuelle immédiate.

Annexes normales.

ANTECEDENTS

En 1951 : découverte sérologique d'une Syphilis, traitée par la Pénicilline pendant 3 mois. P.L. pratiquée en 1953 : négative.

En 1956 : appendicectomie et ablation d'un kyste de l'ovaire gauche.

Depuis 1959 : traitement hormonal pour stérilité.

La gestation est suivie dans le Service.

B.W. négatif.

Pas d'épisode infectieux.

Hospitalisée le 21.4.64 pour contractions utérines irrégulières.

SUITES OPERATOIRES

Dès le lendemain de l'intervention, la température est au-dessus

de 38°, malgré les antibiotiques : Pénicilline : 3 M., Colimycine : 3 M., prescrits dès le 1er jour.

Le 4.5.64

Le Docteur SUREAU trouve à l'examen : un cul de sac droit comblé par une masse grosse comme le poing.

La malade est mise au traitement par : Terramycine : 2 g, Cathomycine : 1 g par jour, Cortisone : 30 mg, poursuivie les jours suivants avec diminution de 5 mg par jour, Propidon : ½, 2 et 4 cc les 4, 6, 8 Mai.

Le 8.5.64 (4 jours après le début du traitement cortisonique)

La masse a diminué de volume mais persiste.

Le 11.5.64

Le cul de sac est libre et souple.

La température est à 37°.

Le traitement est arrêté ; la malade a reçu du Cortancyl pendant 7 jours.

La N.F. et le culot urinaire sont normaux.

Mme GRO... n'a pas été revue ultérieurement.

OBSERVATION N° 14 N° de dossier : 64 - 812

Mme TEN... Micheline

Le 4.5.64 : Césarienne chez une primipare de 29 ans, au terme de 41 semaines, après 8h.30 de travail et 3h.10 après rupture artificielle des membranes, pour disproportion fœto-pelvienne, présentation occipito-sacrée primitive sans tendance à l'engagement et oedème du col.

Hystérotomie segmentaire transversale.

Extraction d'un garçon de 3.920 g.

Délivrance manuelle immédiate.

Annexes normales.

ANTECEDENTS

Scoliose dorso-lombaire consécutive à une chute à l'âge de 7 ans.

Grossesse suivie dans le Service, d'évolution normale.

SUITES OPERATOIRES

Température oscillante dès le 1er jour, entre 37°8 et 38°6.

Le 8.5.64

Le paramètre droit est douloureux.

Les pertes sont sanglantes et fétides.

On prescrit : Pénicilline : 2 M., Streptomycine : 1 g. par jour.

Le 9.5.64 (5ème jour)

On perçoit une masse latéro-utérine droite, douloureuse et nette.

Le 11.5.64

La malade fait une réaction d'allergie à la Pénicilline : érythème; on arrête les antibiotiques le 12.5.64.

Le traitement par le Cortancyl est institué, avec 25 mg le 1er jour, poursuivi à doses dégressives pendant 5 jours.

La N.F. montre 3.500.000 G.R., 10.400 G.B. dont 78 % de P.N.

Le 13.5.64

La malade est apyrétique, l'état général est satisfaisant.

Au T.V. : régression importante de la masse latéro-utérine droite.

La malade sort le 16.5.64 après 5 jours de corticothérapie.

Mme TEN... n'est pas revue ultérieurement.

C L I N I Q U E

-:-:-:-:-:-:-:-

Dans le cadre de la Cellulite "Infecticuse" M. MAYER distingue :

I) LES FORMES AIGUES

se subdivisent elles-mêmes en :

a) La lymphangite du tissu cellulaire sous-péritonéal,

qui se manifeste par :

- des S.G. = T°, frissons
- des S.F. = douleurs pelviennes ou abdominales basses;
  avec parfois quelques petits signes d'irritation
  péritonéale : nausées, vomissements ...
- des S.Ph. = ventre souple
  pourtour utérin douloureux, particulièrement
  au niveau des cornes et du fond.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec l'appendicite aiguë ou la péritonite, mais l'état général est peu altéré, le pouls est régulier, il n'y a pas de défense, pas de contracture.

Syndrôme fugace, mais non rare et qui est résorbé en 24 ou 48 heures.

Le siège peut être plus profond et donner alors une sensibilité du cul de sac.

b) La Forme Oedémateuse

Elle correspond à la description classique des phlegmons du Ligament Large, à leur début.

Cliniquement au toucher pelvien, elle donne l'impression d'un empâtement plus ou moins ferme, mal localisé et sensible d'un côté.

L'évolution se fait en général vers la régression, mais parfois vers la suppuration.

c) Les Formes Suppurées

Elles sont caractérisées par leur lenteur d'évolution (4 à 8 semaines), leur collection, la direction des fusées purulentes. Les antibiotiques ont fait disparaître presque complètement ces formes.

II) LES FORMES SUBAIGUES

Beaucoup moins fréquentes, d'évolution trainante, parmi lesquelles on peut distinguer surtout deux variétés selon leur localisation postérieure ou latérale.

III) LES FORMES CHRONIQUES

Ne peuvent être considérées que comme séquelles lointaines de cellulites aiguës et infections génitales négligées ou mal traitées et se traduisent surtout par la rétraction fibreuse.

LE DIAGNOSTIC

Ce qui caractérise cliniquement la Cellulite Pelvienne dans sa forme précoce, qu'elle soit aiguë ou subaiguë et survenant sur-

tout dans les suites de couches pathologiques, c'est, d'une part :
des Signes Généraux :
La température s'élève dès le 3ème ou 4ème jour et reste oscillante entre 37°5 et 38°5. Elle peut être plus élevée suivant la participation infectieuse, et peut parfois s'accompagner de frissons dans les formes aiguës.

Les Signes Fonctionnels sont contemporains le plus souvent des signes physiques :
douleurs abdominales basses, surtout à type de pesanteur. Elles peuvent être plus ou moins accentuées, plus ou moins bien tolérées.

D'autre part des Signes Physiques :
au T.V. : la perception d'une TUMEFACTION,
- de volume variable : de la taille d'une amande à l'empâtement étendu bloquant la moitié du pelvis.
- généralement accolée à l'utérus, mais de situation variable : latérale surtout, dans le Ligament Large ou dans le paramètre, antérieure, postérieure, plus ou moins haute.
- dure, tendue, non fluctuante,
- sensible, parfois douloureuse,
et dont les caractères distinctifs avec les autres tuméfactions infectieuses ou inflammatoires du petit bassin sont :
- sa rapidité d'apparition,
- sa possibilité d'être découverte d'un côté puis d'un autre à 24 heures d'intervalle.

- son évolution rapide, grâce au traitement, vers la résorption et l'absence de suppuration.

C'est cet oedème inflammatoire que nous avons essentiellement rencontré dans notre étude.

Suivant les localisations de la Cellulite les signes varient et on distingue :

I) Les Cellulites Périviscérales

Elles peuvent être : péri-utérines
péri-annexielles
du Ligament Large surtout.

La Cellulite Péri-Utérine

soit antérieure, rare à l'état isolé, siègeant entre isthme et vessie.

Y dominent des troubles vésicaux : cystalgies, fausses cystites.

Au T.V. : il existe une tuméfaction
bombant dans le cul de sac antérieur
avec sensation de gonflement diffus du tissu post-pubien

soit postérieure, facteur de rectalgies parfois,

donnant surtout au T.V. la sensation d'une masse plus ou moins sensible déprimant le cul de sac de Douglas.

On en décrit deux variétés :

- une haute, correspondant à la paroi postérieure de l'utérus,
- une basse, correspondant en avant à la portion supravaginale

du col et à la paroi postérieure de l'isthme utérin, en arrière au cul de sac de Douglas.

soit latérale juxta-utérine

La Cellulite Péri-Annexielle
faite de péri-ovarite, de péri-salpingite, et dont la symptomatologie rappelle celle de l'ovarite et de la salpingite.

La Cellulite du Ligament Large
Elle peut siéger dans sa partie haute et se confondre avec la Cellulite péri-annexielle.
Elle peut atteindre la gaine hypogastrique ou la base du paramètre donnant une sensation d'empâtement juxta-utérin pouvant aller jusqu'à la paroi, bloquant plus ou moins l'utérus dont la mobilisation est douloureuse.

II) La Cellulite Pariétale
siègeant dans le tissu cellulaire du pourtour du petit bassin.
Au T.V. en déprimant légèrement les tissus sur le plan osseux, on peut percevoir :
- soit un gonflement oedémateux,
- soit une infiltration plus ou moins étendue, plus ou moins dure.

III) La Cellulite Périnéale de la cloison recto-vaginale très rare,
Elle entraîne des douleurs à la défécation.

Au T.V., la cloison recto-vaginale est occupée par une infiltration douloureuse.

EVOLUTION

La Cellulite évolue parfois vers :

Le Phlegmon du Ligament Large

La symptomatologie du phlegmon débutant et de la Cellulite Pelvienne Aiguë se confondent. On considère généralement cette dernière comme un stade de développement du phlegmon.

Dans sa variété basse ou phlegmon de la gaine hypogastrique

Au T.V., on perçoit généralement un utérus gros et mou, basculé du côté opposé et fixé.

La mobilisation du col est douloureuse.

Il existe un empâtement du cul de sac latéral; la tuméfaction inflammatoire latérale est contiguë à la paroi qu'elle infiltre.

Le signe important révélé par le T.V. est l'absence de sillon entre la tuméfaction et l'utérus ce qui le différencie des localisations infectieuses salpingo-ovariennes.

Plus tard, le phlegmon devient moins régulier et il se forme des prolongements :

- prolongement vésical antérieur avec empâtement du cul de sac antérieur.
- prolongement postérieur rectal.

au T.R. on perçoit alors un aplatissement latéral et un empâtement douloureux de l'ampoule rectale.

Au stade de la suppuration, la température s'élève, les douleurs réapparaissent, l'état général est altéré, la tumeur se ramollit.
En fait, ce stade est rarement atteint de nos jours avec les antibiotiques.

Dans sa variété haute, du Ligament Large proprement dit, les symptômes sont surtout abdominaux.
Le palper abdominal permet de percevoir à travers une paroi qui se défend une masse ovoïde douloureuse, faisant corps avec la paroi osseuse et siégeant dans la fosse iliaque.
Elle peut à droite, parfois en imposer pour un plastron appendiculaire.
On ne perçoit au T.V. que le pôle inférieur de la tuméfaction dans un cul de sac libre.
Mais signe important, il n'y a pas de sillon entre l'utérus et la masse, ce qui différencie le phlegmon du Ligament Large de la Salpingo-ovarite.
En fait, il n'y a pas de signe net qui permet de différencier une cellulite pelvienne ou un phlegmon débutant du Ligament Large proprement dit de la salpingite aiguë.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DIFFERENTIEL

Le diagnostic clinique différentiel de la Cellulite Pelvienne Aiguë se pose avec les autres affections inflammatoires ou in-

fectieuses du pelvis en fonction de sa localisation.

L'INFECTION URINAIRE, particulièrement la pyélonéphrite dans laquelle la courbe de température est analogue peut être confondue avec la Cellulite antérieure et ses cystalgies.
Mais dans la cystite pure ou dans l'infection urinaire, il n'existe pas de masse antérieure pré-utérine.
Par contre le T.V. réveille des points vésicaux ou urétéraux douloureux.
L'examen cytobactériologique confirme le diagnostic.

Devant une masse ou un empâtement pelvien apparaissant au décours de suites de couches pathologiques ou après césarienne, on peut être amené à discuter :
- un hématome
- une salpingo-ovarite
- une pelvi-péritonite
- une phlébite pelvienne

L'HEMATOME siège au niveau du paramètre ou du Ligament Large.
Dans ce cas, l'apparition de la masse est plus précoce.
Les signes fonctionnels sont peu marqués.
L'évolution surtout est lente, la résorption ne se fait pas avec la même rapidité et n'est pas influencée par le traitement cortisonique.

LES SALPINGO-OVARITES PUERPERALES, rares, ont toutefois quelques caractères qui leur sont propres et permettent de les différencier

de la cellulite péri-salpingienne ou péri-ovarienne.
Le début des symptômes est plus tardif, vers le 8ème, 10ème jour, en général brutal, avec douleurs du bas ventre, latéralisés intermittentes et paroxystiques, et manifestations péritonéales.
La température est plus élevée, à 39°, 40°.
Localement, la tuméfaction est séparée de l'utérus.

LA PELVIPERITONITE qui représentait le quart des suppurations pelviennes de la femme, rare aujourd'hui a un tableau clinique différent.
Les signes généraux sont plus marqués, la température est plus élevée, l'état général est altéré, le faciès terreux.
Les douleurs sont sourdes mais continues, non calmées par le repos et par la glace. Elles entrainent une position antalgique avec membres inférieurs demi-fléchis.
Il existe des troubles rectaux et vésicaux.
La région sous-ombilicale est ballonnée, se défend, et elle peut être contracturée. Il existe une hyperesthésie cutanée.
La palpation permet de percevoir un empâtement de la région hypogastrique s'étendant de chaque côté vers les fosses iliaques.
Le T.V. montre l'existence d'un empâtement diffus.

LES PHLEBITES PELVIENNES

Si les signes généraux sont superposables, l'induration latéro-utérine haute ou basse de la phlébite est beaucoup plus limitée et réduite à un cordon dur, douloureux, et non étendue, arrondie comme dans la cellulite, beaucoup plus périphérique. En fait

très rarement perçu.
Elles sont souvent accompagnées d'une phlébite d'un membre inférieur. Le diagnostic isolé est difficile.
Il existe un oedème de la paroi.

En fait, actuellement, avec le secours des antibiotiques, la Cellulite Pelvienne se discute le plus souvent avec l'hématome, dans les suites opératoires de Césariennes.
Les phlébites pelviennes sont rares.
La pelvipéritonite après Césarienne est exceptionnelle à l'ère des antibiotiques.

T R A I T E M E N T

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Avant l'ère des antibiotiques, les suites de couches étaient surtout compliquées d'infections.

Les infections puerpérales ont été le sujet de nombreux travaux, particulièrement : les métrites, les salpingites, les phlegmons du Ligament Large, la pelvi-péritonite.

Toutefois, la Cellulite se rencontrait et :

- en 1930, POUILLOT préconisait pour la traiter :
- l'immobilisation au lit,
- les injections vaginales tièdes avec du sulfate de cuivre,
- les lavements chauds à l'antipyrine.

Il y adjoignait éventuellement une thérapeutique analgésique en cas de fortes douleurs : de la spasmalgine ou de la papavérine en cas de spasme surajouté.

En 1933, MAYER complétait le traitement par :

- le Propidon,
- les filtrats anti-streptococciques.

Sous l'effet de cette thérapeutique, il voyait fondre en quelques jours les indurations importantes du petit bassin.

Vers les années 1946, 1947 sont faits les premiers bilans de la thérapeutique par la Pénicilline dans :

- les phlegmons du Ligament Large. (Thèse de CHAPUIS)
- les infections puerpérales (Thèse de G. LE LORIER)

de certains germes, de formes retard, permettant un large éventail thérapeutique.

Mais si les antibiotiques permettent la disparition de la presque totalité des épisodes infectieux et suppurations pelviennes dans les suites de couches, ils ne permettent pas toujours la disparition de masses pelviennes plus ou moins importantes, ni des formes résistantes.

L'association avec le Propidon a permis quelques fois de venir à bout de ces formes.

Mais c'est avec l'utilisation en gynécologie des Corticoïdes que les résultats ont été très améliorés.

BENNOUM en 1954, BRET et LEGROS en 1956, rapportent le résultat de leur traitement par la Cortisone et l'Hydrocortisone dans les affections gynécologiques aiguës et subaiguës.

Ces derniers auteurs utilisent les corticoïdes associés aux antibiotiques dans deux cas :

1 - Dans les formes prolongées, résistantes aux antibiotiques.

2 - Dans les formes résiduelles avec persistance de masses pelviennes.

Les corticoïdes favorisent l'action des antibiotiques en réduisant les barrières de fibrose et de sclérose.

Le schéma thérapeutique comporte une dose dégressive de corticoïdes pendant un temps plus ou moins long (30 jours en moyenne) précédée et associée d'antibiothérapie, avec régime déchloruré et administration de Potassium. Il nécessite une sur-

veillance du poids et de la T.A.

Il est contre-indiqué chez les tuberculeux et les diabétiques.

Dans le cas de masses résiduelles annexielles, ils associent en fin de traitement des injections intra-utéro-tubaires d'antibiotiques et d'hydrocortisone.

La première observation que ces auteurs présentent concerne une femme, 3ème pare de 25 ans, césarisée, avec bassin généralement rétréci, et suites opératoires fébriles. Dans les quelques jours qui suivent l'intervention, il existe une masse latéro-utérine gauche douloureuse. La thérapeutique par les antibiotiques associée au Propidon est un échec. Sous un traitement par les corticoïdes, en 3 jours, la température se normalise et la masse disparaît assez rapidement.

La corticothérapie associée à l'antibiothérapie donne des résultats identiques dans les cas d'infections subaiguës avec masses annexielles.
Toutefois, si du point de vue général, les résultats sont excellents, du point de vue fonctionnel, cette association ne peut rien contre les lésions destructives précoces. Mais il ne s'agit plus uniquement d'inflammation du tissu cellulaire.

Divers auteurs étrangers dont : COLLINS, DAVIDSON et MATHEWS obtenaient dès 1952 des résultats analogues.
Comme le signalait HURTIG dans "Canadian Association Journal",

cette thérapeutique a permis d'être plus conservateur, permettant aux femmes porteuses de masses résiduelles de ne pas subir d'exérèse.

Depuis, les travaux et les communications concernant le traitement des différentes affections pelviennes par les divers antibiotiques associés aux dérivés synthétiques des corticoïdes se sont multipliés, tant en France qu'à l'étranger.

Plus récemment, les inflammations aiguës ou subaiguës du tissu cellulaire pelvien ont bénéficié de l'utilisation de produits dits de diffusion, fibrinolytiques.
Les résultats sont inférieurs à ceux des corticoïdes, surtout en ce qui concerne les Cellulites Aiguës.
L'utilisation de ces produits est plus du cadre des syndrômes douloureux cellulalgiques.

Nous voudrions signaler la thérapeutique utilisée par l'équipe d'Alger : le Pr. HOUEL, SHEBAT, MOUSSERON et WAHL dans les années 1959-1960, dans les inflammations du tissu conjonctif pelvien, au décours du post-abortum et du post-partum.
Ils utilisent uniquement l'association Propidon - Corticoïdes, principalement dans les inflammations cellulitiques pelviennes et les phlegmons du Ligament Large.
La conduite thérapeutique est la suivante :
- traitement bref (n'excédant pas 10 jours) ce qui supprime l'obligation d'un régime déchloruré sévère, d'une stimulation

par l'A.C.T.H. en fin de traitement, de l'administration concomitante de Testostérone et de Potassium.

- le corticoïde principalement employé est la Delta-Cortisone (les autres dérivés de synthèse paraissant moins actifs). Données à doses régulièrement dégressives et à raison de 30 mg les 6 premiers jours.

- la vaccinothérapie par le Propidon est au contraire régulièrement et rapidement croissante, et passe en 4 jours de 1 à 4 cc et s'y maintient jusqu'au 10ème jour.

Leur étude a permis de montrer plusieurs points intéressants :

- le vaccin du Pr. DELBET associé aux corticoïdes perd entièrement ses capacités pyrogènes. La réaction locale est minime alors que la réaction focale reste importante.

Cette tolérance au Propidon a permis de l'utiliser à fortes doses.

- les résultats les meilleurs sont obtenus dans les Cellulites Pelviennes (10 cas) et dans les phlegmons du Ligament Large (20 cas).

- Ces inflammations du tissu cellulaire pelvien sont le fait d'infections post-abortum ou post-partum, plus ou moins négligées et le délai écoulé entre l'avortement ou l'accouchement et le début du traitement est généralement assez long. (1 à 10 semaines).

- l'action du traitement est spectaculaire : les masses fondent des 2/3 au bout de trois jours de traitement.

- le traitement prévient les algies pelviennes résiduelles de la cellulite chronique.
- l'action anti-infectieuse du Propidon se conjugue à l'action anti-inflammatoire des corticoïdes pour supprimer les phénomènes fluxionnaires, oedémateux, hémorragiques, qui sont le substratum anatomique de ces inflammations.

En conclusion, le meilleur traitement de la Cellulite Pelvienne Aiguë ou Subaiguë est actuellement : l'association d'un traitement anti-infectieux qui peut être, soit antibiotique soit vaccinal, et d'un traitement anti-inflammatoire pour lequel la première place revient encore à la Delta-Cortisone, qui reste supérieure à tous les dérivés corticoïdes.

Cette thérapeutique permet d'obtenir des résultats rapides et remarquables, avec fonte complète et totale des masses cellulitiques pelviennes.

Elle empêche l'évolution de la Cellulite Aiguë vers la Cellulite Chronique et la fibrosclérose.

Elle prévient par cette prophylaxie, le développement de troubles divers dus à cette sclérose du tissu cellulaire et les séquelles "cellulalgiques" des cellulites anciennes et négligées.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous analyserons dans les différentes observations quelques facteurs particuliers pour essayer de déterminer s'ils ont une responsabilité quelconque dans l'apparition des Cellulites.

Nous étudierons ensuite l'action thérapeutique et le pronostic ultérieur, dans la mesure du possible.

Parmi les facteurs pouvant favoriser l'apparition des Cellulites, nous étudierons - le terrain

- les facteurs d'altération locale antérieure,

- le facteur obstétrical.

LE TERRAIN

- L'AGE : l'âge moyen est de 27 ans ½.

7 parmi ces femmes ont entre 25 et 30 ans;

5 ont plus de 30 ans.

- LA TAILLE : la taille moyenne est de 1m54.

- LE POIDS : nous n'avons pu retenir que le poids en fin de grossesse (le poids normal était le plus souvent non noté ou non connu avec précision par les femmes elles-mêmes).

Le poids moyen en fin de grossesse est de 63 kg 61.

- 4 parmi ces femmes ont pour une taille inférieure ou égale à 1m51, un poids de 70 kg environ.

- 2 seulement sont franchement obèses (Obs. 8 et 9).

LES ANTECEDENTS MEDICAUX : on relève seulement 4 affections ostéo-articulaires, dont 2 R.A.A., 1 tuberculose, 1 hypertension, 1 cardiopathie.

LES FACTEURS LOCAUX

Sur les 14 parturientes, 8 ont subi des interventions chirurgicales, gynécologiques ou obstétricales, dont :

- 3 appendicectomies (Obs. 6 - 7 - 13)
- 1 ovariectomie avec myomectomie et implantation ampullo-annexielle (Obs. 2)
- 3 Césariennes antérieures (Obs. 1 - 4 - 9)
- 1 fausse-couche curetée (Obs. 3).

LE FACTEUR OBSTETRICAL

- LA PARITE : 11 femmes sont des primipares, dont une 2ème geste,
  3 sont des secondipares (Obs. 1 - 4 - 9)
  2 sont des gémellaires (Obs. 5 et 6).

- L'EVOLUTION DE LA GROSSESSE

- 6 femmes ont été traitées durant la grossesse par régime désodé pour excès de poids.
- 2 ont présenté un épisode hémorragique transitoire.
- 1 seule a fait une infection vulvo-vaginale à Trichonomonas.

- LE TERME : parmi ces 14 césariennes,
- 4 sont à terme
- 7 ne l'ont pas atteint :
  - 1 a été césarisée à 8 mois
  - les autres à la 38ème semaine.

- 3 ont dépassé le terme de 10 à 15 jours.

- LE BASSIN : 8 des femmes ont un bassin rétréci, mais 5 fois seulement le bassin a été cause de dystocie et a motivé la Césarienne par disproportion foeto-pelvienne ou défaut de progression (Obs. 4-8-9-10-11).

- LE TRAVAIL : en éliminant le cas de césarienne prévue systématiquement en début de travail (Obs. 2), la durée moyenne du travail est de 8 heures, avec un minimum de 4 heures (césarienne itérative), et un maximum de 14 heures 15 (Obs. 6).
Si l'on élimine les 2 cas où la césarienne était itérative (Obs. 4 et 9), la durée moyenne est de 8 heures 54 minutes.

- LA POCHE DES EAUX :
- la rupture a été spontanée dans 10 cas, provoquée dans 3 cas et n'a pas eu lieu dans 1 cas (Obs. 2).
- sur les 10 cas de rupture spontanée : dans 5 cas, elle a eu lieu entre 11 heures 50 et 19 heures 15 avant la césarienne.
- le liquide est clair dès la rupture dans 12 cas sur 14.
  - devient teinté dans 2 de ces 12 cas,
  - est teinté d'emblée, purée de pois dans 2 autres cas.

- LA DILATATION : reste stationnaire entre 1 et 6 cm dans 8 cas sur 12.

- LES RAISONS ayant motivé les Césariennes sont :
- une disproportion foeto-pelvienne : 6 cas
- une dystocie dynamique : 4 cas
- une souffrance foetale : 3 cas

- et 1 cas de Césarienne systématique en raison d'antécédents génitaux particuliers.

- La Césarienne a présenté des difficultés opératoires du fait d'adhérences dans 1 seul cas césarisé antérieurement.

- Au cours de la Césarienne on a découvert :
  - 1 varicocèle du pédicule lombo-ovarien droit
  - 1 kyste pédiculé de l'ovaire gauche

Donc dans 3 cas seulement la césarienne a demandé un temps complémentaire.

- LE POIDS DE L'ENFANT : le poids moyen est, compte tenu des 2 grossesses gémellaires, de 3.500 g.
- 11 enfants pèsent plus de 6 livres
- 7 pèsent plus de 7 livres
- 2 pèsent plus de 8 livres

Nous étudierons maintenant les Cellulites rencontrées et leur thérapeutique.

LES SIGNES GENERAUX

L'élévation de la température a été très précoce : du 1er au 5ème jour après la césarienne, dont 9 fois dans les 48 premières heures, et souvent sous couvert d'une antibiothérapie.

Elle présente un caractère irrégulier, en dents de scie, au dessus de 37°5 le matin.

LES SIGNES FONCTIONNELS

sont dans l'ensemble très peu marqués et non signalés. On note quelques pesanteurs, des troubles urinaires dans un cas de cellulite antérieure.

En général, ils sont apparus avec les signes physiques.

LES SIGNES PHYSIQUES

ont été décelés entre le 5ème et le 14ème jour. En moyenne au 9ème jour, mais 10 fois avant le 8ème jour.

- sont apparus très rapidement, du jour au lendemain, comme le montre plusieurs observations où 2 examens à 24 heures d'intervalle ont été pratiqués et notés.

Les localisations des empâtements se répartissent comme suit :

- Ligament Large et paramètre : 10 cas
- Péri-utérine : 2 cas
- Pré-utérine, avec troubles urinaires : 1 cas
- Para-ovarienne : 1 cas

LA THERAPEUTIQUE

Elle comprenait un traitement anti-infectieux :

- antibiotique : 13 fois sur 14
- associé au Propidon dans 8 cas
- associé aux Corticoïdes dans 12 cas

1 cas n'a été traité que par les antibiotiques seuls (Obs. 7)

1 cas n'a été traité que par le Cortancyl seul (Obs. 9).

Le traitement par les antibiotiques a été utilisé très tôt :

- soit systématiquement dès le 1er jour : 9 fois
- soit dès l'apparition des signes généraux.

(1 seul cas n'a pas été traité par les antibiotiques (Obs. 9)

Le traitement était constitué d'emblée, dans la majorité des cas (13 fois) par :

- la Pénicilline : 1 ou 2.000.000 d'U.

associée ou non à la Streptomycine : 1 g

ou à la Colimycine : 1 ou 2.000.000 d'U.

Le traitement antibiotique a été modifié avec la découverte des signes physiques dans 9 cas.

- 5 fois avec l'association Cathomycine - Terramycine
- 1 fois avec l'association Cathomycine - Tifomycine
- 1 fois avec la Cathomycine seule
- 1 fois avec la Terramycine seule
- 1 fois avec la Propriocine seule

et aux doses moyennes de 1g50 à 2 g.

Le traitement par le vaccin du Pr. DELBET a été institué dans 8 cas seulement, dès la découverte des signes physiques.

Il a été généralement de courte durée : 3 à 4 injections de 1/2, 1, 2 cc à 48 heures d'intervalle.

- dans 6 cas, il a été associé au Cortancyl
- dans 1 cas (Obs. 2) il a précédé le Cortancyl pendant une semaine sans résultat. Dès l'adjonction du Cortancyl, troubles

généraux et signes physiques ont vite rétrocédé.

- dans 1 cas (Obs. 3) il a été utilisé uniquement avec les antibiotiques, à la dose de 3/4, 1 1/2, 3 cc , et a donné là, par contre, des résultats assez rapidement, puisqu'en 8 jours tous les signes avaient disparu. Mais les suites de couches ont été perturbées par une leucorrhée persistante, pendant plus d'un mois.

Le traitement par le Cortancyl (seul corticoïde qui a été utilisé) a été institué 12 fois sur 14 cas.

Sur ces 12 cas :

- 7 fois en association avec le Propidon
- 11 fois en association avec les antibiotiques
- 1 fois seul, sans antibiotique ni Propidon (Obs. 9)

Dans ce dernier cas, les résultats ont été rapides : 6ème jour ; il est à noter que la température n'a guère dépassé 38°, et la N.F. ne montrait pas d'infection.

Le traitement a débuté dès la découverte des signes physiques dans 11 cas.

Dans 1 cas, le traitement cortisonique a été institué après 8 jours d'échec au Propidon.

La dose d'attaque a été de 30 mg de Delta-Cortisone.

Le traitement a été poursuivi à doses dégressives durant en moyenne 9 à 10 jours (minimum : 5 jours, maximum : 20 jours).

L'action thérapeutique est différente selon les produits employés et les symptômes.

L'action sur les signes généraux et particulièrement sur la température :

- a été rapide avec l'association Cortancyl - Antibiotiques (11 cas)

la température était normalisée dans les 2 à 3 jours qui suivirent l'institution du traitement.

- de même en cas d'utilisation du Cortancyl seul

- a été moins spectaculaire, dans le cas d'utilisation du Propidon seul

dans l'Obs. 3, les signes n'ont rétrocédé qu'au 8ème jour après institution du traitement.

dans l'Obs. 2, il n'y a eu aucun résultat.

L'action sur les signes fonctionnels est parallèle à l'action sur les signes généraux. (Nous avons dit qu'en général les signes fonctionnels étaient peu marqués).

L'action sur les signes physiques particulièrement sur le volume ou l'étendue de l'induration a été plus ou moins rapide, mais plus tardive que sur les signes généraux.

La disparition totale des signes physiques a été obtenue dans des délais variant de 4 à 20 jours après début du traitement par le Cortancyl.

Dans tous les cas, il y a eu une nette diminution du volume de l'empâtement dans les 3 ou 4 jours qui ont suivi l'institution du traitement par le Cortancyl.

L'EVOLUTION ULTERIEURE

Beaucoup de ces femmes n'ont pas été revues dans le Service une fois sorties.

Toutefois, 6 d'entre elles sont revenues à la consultation du Service.

Mme AKP... (Obs. 1) 3 ans après, ne présente aucune séquelle. L'examen gynécologique est strictement normal.

Mme BEN... (Obs. 2) est revenue 7 mois plus tard à la consultation de gynécologie pour un simple retard de règles. L'examen gynécologique était strictement normal, les culs de sac souples et elle ne se plaignait d'aucune douleur pelvienne.

Mme TOR... (Obs. 3) est revenue un mois plus tard pour des leucorrhées abondantes, mais l'examen gynécologique ne montre rien d'anormal, les tissus sont souples (elle n'avait pas eu de Cortancyl).

Mme ELB... (Obs. 4) revient consulter le Professeur SUREAU pour un début de nouvelle grossesse : 2 ans après, il n'y a aucune trace de l'épisode cellulitique.

Mme AUT..., génellaire (Obs. 5) est revue 4 semaines après la Césarienne : l'examen gynécologique est strictement normal. Elle a débuté une nouvelle grossesse en 1963, suivie dans le Service, sans incident. Elle a accouché normalement, avec des suites normales en 1964.

Mme ZAG... (Obs. 9) a subi en tant que 3ème pare, en Avril 1964 une Césarienne itérative. L'évolution de la grossesse a été normale. Elle a présenté dans les suites de couches une infection

urinaire, mais pas d'épisode d'infection cellulitique.

Sur nos 14 cas, 6 seulement ont été revus.

Sur ces 6 cas : 3 grossesses ont évolué ou évoluent normalement.

Il n'y a pas eu de récidive de Cellulite.

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les traitements antibiotiques per et post-opératoires ne mettent pas toujours les Césarisées à l'abri de complications infectieuses.

Parmi les suites fébriles observées dans 17 % des opérations Césariennes pratiquées de Janvier 1962 à Décembre 1964 à la Maternité Pinard, nous avons relevé dans 20 % des cas, la présence d'un tableau clinique particulier, qui nous paraît mériter la dénomination de Cellulite Pelvienne.

Ce tableau comprend :

- des phénomènes généraux : fièvre oscillante le plus souvent.
- des phénomènes physiques : masse, empâtement ou induration latéro ou péri-utérine.

d'apparition rapide, éventuellement sous antibiothérapie, et réfractaire aux antibiotiques usuels.

La nature réelle de ces lésions est difficile à affirmer en l'absence de données anatomo-pathologiques.

Il semble toutefois qu'elles se rapprochent des tableaux de Cellulite Aiguë décrits par MAYER.

On peut admettre qu'elles sont provoquées par des phénomènes vaso-moteurs et le traumatisme chirurgical.

La participation infectieuse mérite d'être discutée. Elle est probable, au moins secondairement, mais ce syndrôme peut sur-

venir dans des cas "purs", et l'on a pu dans un des cas se passer de toute antibiothérapie.

Le diagnostic différentiel se pose avec les autres infections, urinaires en particulier, les phlébites pelviennes et les hématomes.

L'évolution spontanée de ces états risque de se faire vers le phlegmon du Ligament Large, ou vers la médation, mais après une longue période fébrile et au prix de séquelles douloureuses.

La thérapeutique repose essentiellement sur la Corticothérapie. Son effet est spectaculaire sur les signes fonctionnels et brillant sur les signes physiques.
Nous l'avons habituellement associée au traitement antibiotique et au Propidon.
Dans ces conditions, on peut espérer la guérison sans séquelles. Les patientes ne semblent pas particulièrement exposées à la récidive au cours de césariennes itératives.

VU, le Président de Thèse,
M. le Professeur LEPAGE

VU, le Doyen,
M. le Professeur CORDIER

VU, le Recteur,

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

AIDES A. et MARCHAL G. -

Le phlegmon pelvi-pariétal de Trillat. Semaine des Hôpitaux de Paris. 14.11.1950.

ANSELMINO J. -

"Utilisation de la Prednisone dans les affections aiguës en gynécologie et obstétrique". Résumé dans Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 11 et 12.1958.

BENNOUN -

"Hydrocortisone dans les infections gynécologiques". Revue Sté Française de Gynécologie. Mai 1954.

BONNET A., KORSEGG et THIVOLLE P. -

"L'infection puerpérale telle que nous la constatons aujourd'hui et celle d'il y a dix et vingt ans", Bull. Ass. Gyn. Obs. 1949 N° 3.

BERNARD -

"Paramétrites d'origine cervicale". Thèse Lyon 1930-31.

BLATON -

"Traitement de certaines formes d'infections génitales de la femme par les antibiotiques associés à l'hyaluronidase". Presse Médicale 26.11.1955.

BRET J. et LEGROS R. -

"La cortisone dans les infections mammaires et pelviennes aiguës et subaiguës." Presse Médicale 8.12.1956.

CHAPUIS M.H. -

"Traitement des phlegmons du Ligament Large et Pénicilline". Thèse Paris 1946.

CHOME -

"Phlébites utéro-pelviennes puerpérales".

CONDAMIN -

"Cellulites du bassin chez la femme". Lyon Médical 1930.

COUDERT -

"De l'oedème inflammatoire du tissu cellulaire péricervical dans les suites de couches". L'Obstétrique 1906.

DELBET P. -

"Des suppurations pelviennes chez la femme". Paris 1891.

DOUGLAS R.G. et DAVIS I.F. -

"Infections puerpérales : considérations étiologiques, prophylactiques et thérapeutiques". Amer. Jour. Obst. et Gyn. Mars 1946.

GUILBERT -

"Complications inflammatoires aiguës bénignes des Ligaments Larges dans les suites de couches pathologiques". Thèse Paris 1906.

HOUEL J.E., SCHEBAT L., WAHL P. -

"Traitement des inflammations péri-utérines post-abortum par Propidon et delta-cortisone". Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. de langue française Avril-Mai 1959.

HURTING A. -

"Cortisone and specific antibiotic for resistant pelvic infection". American Journal Obs. Gyn. Juin 1957.

LE LORIER -

"Du traitement par la Pénicilline en cas d'infection puerpérale." Thèse Paris 1946.

MAYER M. -

"Infections cellulaires péri-utérines des suites de couches".

Revue Franç. Gyn. Obs. 5.5.1933.

MOISE T. -

"Contribution à l'étude de la lymphangite de la base du Ligament Large". Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1954.

PALMER et MARTINELLI -

"Traitement en cinq jours des annexites aiguës et subaiguës par association Pénicilline, Propidon, Sulfathiazol." IIº Congrès Franç. de Gyn. de Chatel-Guyon 1947.

PETERS W.A. -

"Prednisone and tetracycline in the management of resistant pelvic infection."North Cariolan Med. Novembre 1958.

PORTES, MAYER, LEMERRE -

"Résultats maternels et infantiles dans une série de 304 opérations césariennes traitées par Pénicilline (1945-1949)". Gyn. Obs. 1950.

POUILLOT L. -

"Essai de classification et de thérapeutique des cellulites pelviennes génitales de la femme". Rev. Fr. Gyn. et Obst. 5 Mai 1930.

RAHBAN N. et CREHANGE M.C. -

"La cellulite et les cellulalgies pelviennes". Semaine des Hôpitaux Sept. 1964.

ROUHIER G. -

"Salpingo-ovarites et suppuration pelvienne". Semaine des Hôpitaux 1951.

SCHEBAT, MOUSSERON, WAHL -

"Association vaccinothérapie cortisone dans les inflammations pelviennes aiguës". Rev. Gyn. Obs. Décembre 1960.

SOMAMA J. -

"Cellulites pelviennes". Thèse Paris 1939.

VALLEIX -

"De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin". Union Médicale 1853.

VILLARD P. -

"Paramétrite douloureuse d'origine cervicale". Revue Fr. Gyn. Obs. Mars 1930.

VLYNIDES -

"Nouvelle thérapeutique dans la pelvi-péritonite par la cortisone".

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. Nº 3, 1958.

-:-:-:-

ARMATURES -

Monnet. Electromoteurs dans le polyphasé-permutateur.

[illegible]

Bull. [illegible] Gén. Elec. [illegible], 1920.